DISSERTATION

N° 142.

SUR

UN CAS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE,

ET

PROPOSITIONS SUR LES AMPUTATIONS ;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 7 juillet 1831, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;*

PAR J.-A. BAUD, de Toulon,

Département du Var ;

Chirurgien de seconde classe entretenu de la marine.

Ego liberam medicinam profiteor, nec ab antiquis sum, nec à novis ; utrosque, ubi veritatem colunt, sequor.

BAGLIVI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	.....
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN, *Examinateur.*
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / CLOQUET, *Président.*
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Suppléant.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, *Examinateur.*
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER. / ..... / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubois.
Bayle.	Gerdy.
Bérard.	Gibert.
Blandin.	Hatin.
Bouillaud.	Lisfranc.
Bouvier, *Examinateur.*	Martin Solon.
Briquet, *Examinateur.*	Piorry.
Brongniart.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau, *Suppléant.*
Devergie.	Velpeau.
Dubled.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MÂNES

DE MON PÈRE.

Regrets éternels!....

J.-A. BAUD.

DISSERTATION

SUR

UN CAS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE,

ET

PROPOSITIONS SUR LES AMPUTATIONS.

Les chirurgiens sont généralement d'accord d'amputer un membre, lorsque l'on a perdu tout espoir d'y conserver la vie par les moyens ordinaires, d'avoir recours à ce moyen extrême, lorsque les parties accessibles aux instrumens tranchans présentent une désorganisation plus ou moins profonde, une altération, une dégénérescence organique dont les progrès menacent, par leur marche rapide, l'existence du sujet.

Il n'en est pas de même pour les cas dans lesquels l'organisation n'est pas aussi profondément atteinte. Plusieurs de ces lésions peuvent, suivant quelques chirurgiens, donner lieu à des accidens graves, compromettre la vie du sujet, si on ne pratique point l'amputation; tandis que, suivant d'autres praticiens, ces mêmes affections peuvent guérir sans que l'on ait recours à cette opération.

Quelques avantages ou quelques insuccès n'ont-ils pas quelquefois

fait établir avec un peu trop d'empressement le précepte de rejeter l'amputation, ou d'y avoir recours pour certaines lésions?

Ne voulant pas entrer dans des considérations générales sur les maladies qui nécessitent l'amputation, nous n'irons point parler des affections pour lesquelles cette opération a été conseillée par les uns, blâmée par les autres. Pour prouver cependant combien il est difficile quelquefois de décider si l'on doit conserver ou retrancher un membre, en s'appuyant sur les opinions de plusieurs auteurs également distingués, nous citerons un seul cas, et nous le rapporterons avec d'autant plus de plaisir qu'il se rencontre assez souvent pendant un combat, et qu'il est regardé par quelques chirurgiens très-instruits comme funeste, si l'on n'a pas immédiatement recours à l'amputation, quoique des praticiens très-recommandables aient rapporté des exemples de guérison de cette lésion. Nous voulons parler de la fracture du tiers moyen de la cuisse, compliquée de plaie et produite par armes à feu. M. *Ribes* veut que l'on ampute lorsque la cuisse offre cette blessure; tandis que M. *Sommé*, s'étayant sur plusieurs observations d'individus parfaitement guéris d'une telle lésion, conseille de n'avoir pas généralement recours à l'amputation, de ne la pratiquer que lorsque le délabrement des parties est considérable. M. le professeur *Dupuytren* nous dit, dans une de ses leçons cliniques : « Amputer lorsque le fémur seul est fracturé par une balle, c'est faire une extension abusive d'un principe bon en lui-même, attendu que, chez un grand nombre d'individus, la fracture comminutive de la cuisse n'est pas suivie de la mort. » Ce savant professeur nous rapporta ensuite qu'un soldat de la garde qui avait eu la cuisse fracturée par une balle guérit parfaitement, quoiqu'on lui eût enlevé quinze à seize esquilles.

Puisque nous voyons que plusieurs lésions pour lesquelles l'amputation a été jugée indispensable par plusieurs chirurgiens guérissent sans que l'on ait recours à cette opération, ne pourrions-nous point penser que l'amputation a été trop souvent conseillée? Combien de fois n'a-t-on pas observé des blessures qui semblaient réclamer l'emploi de ce moyen extrême guérir par les seuls efforts de la nature? Combien de

fois n'a-t-on pas vu, dans les salles de clinique, des individus qui s'étaient opposés à ce qu'on leur pratiquât l'amputation guérir sans qu'aucun accident fâcheux ne soit survenu pendant le cours de leur traitement? « Un jeune garçon de quatorze ans, dit M. *Cloquet* (1), est apporté à l'hôpital Saint-Louis, ayant la main, l'avant-bras et le bras fracturés comminutivement par un engrénage de mécanique, et dans un état à faire craindre pour ses jours, si l'on n'a pas immédiatement recours à l'amputation. Cette opération lui est proposée; le malade refuse obstinément de s'y soumettre; cependant, malgré ce délabrement si considérable du membre, le jeune garçon guérit. »

En voyant de tels résultats, ne doit-on pas quelquefois tenter de conserver des membres qui présentent des blessures regardées par quelques chirurgiens comme funestes, si l'on n'a point recours à l'amputation, ne doit-on pas rejeter cette opération lorsque quelques circonstances favorables viennent atténuer la gravité de ces lésions?

L'âge, la constitution du sujet, et surtout le climat où l'on traite ces affections chirurgicales ne doivent-ils pas être pris en grande considération? Ne voit-on pas, en effet, des plaies, des blessures qui en Égypte guérissent assez rapidement et sans accident, et qui feraient peut-être périr le sujet dans une autre contrée? MM. *Larrey* et *Clot* n'ont-ils pas obtenu, dans ce pays, des guérisons rapides de lésions qui eussent été peut-être mortelles sous un autre climat? Si dans cette contrée des blessures graves sont traitées avec succès, ne doit-on pas être très-porté à conserver des membres que l'on amputerait si l'on était ailleurs, à cause des lésions compliquées qu'ils offrent quelquefois? Ce sont ces considérations qui, pendant notre séjour à Alexandrie (Égypte), nous ont engagé à ne point pratiquer l'amputation au-dessus d'une solution de continuité de l'humérus, à retrancher de la même extrémité une portion d'avant-bras profondément dilacérée par un projectile lancé par la poudre à canon; à conserver ainsi un bras fracturé après avoir amputé le tiers inférieur

(1) Leçons pour le concours de la chaire de pathologie. Mai 1831.

de l'avant-bras, quoique nous n'ayons jamais observé ni entendu rapporter un cas semblable.

Disons un mot de cette lésion. Les chirurgiens militaires citent dans leurs ouvrages beaucoup d'observations dans lesquelles ils rapportent qu'un membre a été atteint dans deux endroits par deux blessures différentes ; mais ils ne disent point qu'ils aient quelquefois observé que l'humérus ait été fracturé simplement ou comminutivement, en même temps que la partie inférieure de l'avant-bras de la même extrémité avait été en quelque sorte désorganisée par une cause mécanique, par une violence extérieure quelconque. Si, du moins, des cas semblables se sont présentés, ils n'auront point tenté de conserver le bras, puisqu'ils n'en font pas mention ; ils auront probablement amputé au-dessus de la fracture humérale.

Doit-on dans cette circonstance pratiquer toujours l'amputation du bras, ne doit-on pas tenter quelquefois de le conserver ? Si le membre inférieur présente une semblable lésion, ira-t-on porter l'instrument tranchant sur la cuisse ? Ne devra-t-on point chercher à consolider la fracture et à n'amputer que la jambe ? M. *Larrey* dit que si le membre inférieur est lésé en deux endroits, que s'il présente deux plaies, une à la jambe avec fracas des os, et l'autre à la cuisse, faite par une balle et *sans fracture*, il faudrait panser cette dernière plaie et amputer la jambe immédiatement (1). Il est donc très-probable que ce célèbre chirurgien eût conseillé l'amputation de la cuisse, si le fémur eût été fracturé. Il serait peut-être très-difficile de conserver la cuisse si la fracture était un peu compliquée ; mais si cette solution de continuité existait sans lésion aux parties molles, devrait-on amputer la cuisse ?

En examinant les résultats avantageux que nous avons obtenus en conservant le bras fracturé après que nous eûmes amputé l'avant-bras, nous sommes assez fortement disposé à engager que l'on tente la consolidation de la fracture du fémur. Nous pensons aussi que

(1) Mémoires de Chirurgie Militaire, t. 2, p. 479.

l'on devrait toujours conserver le bras, si le membre supérieur offrait une telle lésion ; que seulement dans quelques circonstances, l'on devrait amputer au-dessus de la fracture de l'humérus. Si, par exemple, après un combat, quelques individus étaient transportés aux ambulances dans l'état que nous décrivons, le chirurgien militaire devrait s'empresser à amputer le bras, pour ne point laisser subsister une complication qui pourrait devenir funeste au malade, lorsqu'il serait transporté et quelquefois d'une manière peu commode, de position en position, et lorsqu'il ne pourrait recevoir tous les soins que cette lésion réclame. A bord des bâtimens, où cet inconvénient n'existe point ordinairement, ne devrait-on pas pratiquer seulement l'amputation de l'avant-bras ? Le blessé conduit au poste peut y rester jusqu'à sa parfaite guérison où jusqu'à ce que l'on ait obtenu une consolidation suffisante de la fracture humérale pour permettre au membre d'être maintenu dans une écharpe sans craindre un chevauchement des bouts fracturés.

Cette complication réclame une attention toute particulière. Le chirurgien donnera au membre une position parfaitement horizontale, le placera ensuite dans un appareil de *Scultet*, à la partie inférieure duquel il disposera quelques pièces de linge qui devront servir au pansement de la plaie et qui pourront être enlevées sans déranger le reste du bandage. Il recommandera au malade d'éviter avec le plus grand soin d'imprimer des secousses au membre fracturé, et de garder, autant qu'il le pourra, le plus grand repos. Pendant les pansemens, le chirurgien apportera la plus grande attention à n'exercer aucun tiraillement sur les pièces d'appareils ; il fera fixer de la manière la plus convenable, par deux aides, l'épaule et le bras. Enfin il devra avoir le plus grand soin à placer, à maintenir le membre de manière à ce qu'il ne puisse exécuter aucun mouvement ; il ne devra point perdre de vue qu'une fracture ne peut se consolider si elle n'est point dans le plus parfait repos ; que le plus léger mouvement peut permettre aux deux bouts fracturés d'exercer l'un sur l'autre des frottemens qui, quoique faibles, pourront cependant, s'ils sont souvent

renouvelés, s'opposer à la consolidation de la fracture. Il devra donc apporter la plus grande attention à ce que la solution de continuité soit dans la plus grande immobilité, le succès de l'opération en dépend; et s'il a été assez heureux pour avoir combattu avec avantage les phénomènes de réaction et quelques accidens qui pourraient survenir à la suite de l'amputation de l'avant-bras, qu'il puisse obtenir aussi une consolidation prompte de la fracture humérale. Cette consolidation se fait quelquefois attendre; les bouts fracturés peuvent rester quelquefois mobiles un temps plus ou moins long, sans qu'il en résulte pour cela des accidens. Les auteurs citent des exemples de consolidations tardives, et nous-mêmes avons pu consolider une fracture de cuisse qui offrait une grande mobilité, quoique nous eussions été appelé le soixante-quinzième jour de l'accident. En replaçant le bras dans l'appareil, en l'y laissant quelque temps, on parviendrait à obtenir la consolidation. Cet accident ne peut survenir si le malade est bien surveillé et si les pansemens sont faits avec soin.

Les motifs qui peuvent nous engager à ne pratiquer, dans ce cas, que l'amputation de l'avant-bras, et à conserver le bras fracturé, nous paraissent assez nombreux; ne devons-nous point être fortement disposé à procéder ainsi lorsque nous examinons la structure anatomique du bras, la facilité avec laquelle les fractures même comminutives de l'humérus se consolident et la guérison assez prompte que l'on obtient quelquefois des blessures même très-compliquées du bras. Les auteurs ne citent-ils point des cas dans lesquels cette partie, quoique presque entièrement détachée, ne tenant plus que par un lambeau musculaire qui renfermait les vaisseaux et les nerfs, a pu être conservée. Nous serions bien éloigné de ne vouloir retrancher que l'avant-bras (que nous supposons toujours être, a sa partie inférieure, dans un état de désorganisation considérable), et de conserver le bras, s'il était ainsi lésé. Mais qu'il nous soit permis de conclure de ces faits, que puisque les blessures de cette partie, quoique très-compliquées, guérissent souvent sans qu'on ait recours à l'amputation, pourquoi ne tenterait-on point de la con-

server lorsqu'il n'y aurait que fracture, quoique l'on eût en même temps à traiter à l'avant-bras une grande plaie résultant de l'amputation qui aurait été pratiquée à cette partie.

Si le sujet est jeune, docile; s'il consent à garder le plus grand repos, à éviter de se mouvoir brusquement, pour n'imprimer aucune secousse au membre fracturé; si c'est un jeune marin, et qu'il veuille encore naviguer, ne devra-t-on point tenter de conserver le bras? Nous avons vu plusieurs matelots qui, quoique privés d'une main et d'une portion d'avant-bras de la même extrémité, remplissaient, à bord des bâtimens marchands, presque tous les devoirs de leur état, avec beaucoup de dextérité (1). Il est donc évident que la privation d'une portion de l'avant-bras ne s'opposerait point à ce que le sujet continuât à naviguer. Cette considération est faible, nous l'avouons; mais doit-elle être rejetée, surtout par un chirurgien de marine?

Ce sont ces motifs, ce sont ces considérations anatomico-pathologiques, qui nous ont déterminé à conserver un bras fracturé après que nous eûmes amputé l'avant-bras, chez un jeune marin dont nous allons rapporter succinctement l'observation.

Le nommé Plancheur, matelot à bord du brick du commerce *La jeune Émilie*, âgé de dix-huit ans, né à Antibes, département du Var, d'un tempérament bilieux, d'une constitution forte, est apporté, le 4 septembre 1829, à bord de la frégate *La Constance*, mouillée sur la rade d'Alexandrie, ayant la main et la partie inférieure de l'avant-bras de l'extrémité droite profondément dilacérées, le bras du même membre thoracique fracturé à la réunion de son tiers inférieur avec

---

(1) Plusieurs chirurgiens de marine ont vu avec moi, à Alexandrie, un marin du brick *la Bonne-Harmonie* qui, quoiqu'il eût été amputé de l'avant-bras droit, montait cependant avec promptitude dans les hunes, et serrait les voiles aussi vite que les autres matelots. Cet homme était voilier, calfat et charpentier à son brick, et exerçait ces divers états avec beaucoup de dextérité; il avait adapté au moignon un étui en cuir surmonté d'un petit crochet.

les deux tiers supérieurs et un peu tuméfié, et la peau des régions frontale, orbitaire et nasale brûlée superficiellement. L'explosion d'un canon, qui eut lieu au moment même où ce jeune marin refoulait le valet sur la gargousse, avait déterminé ces différentes lésions. A peine transporté à bord, le malade demande avec instance à être amputé de son extrémité, à cause de vives douleurs qu'il y éprouve. Notre première intention est de pratiquer l'opération au-dessus de la solution de continuité humérale; mais en examinant avec attention le bras, en voyant que l'articulation du coude, que les deux tiers supérieurs de l'avant-bras n'ont éprouvé aucune altération, que ces parties sont parfaitement intactes; en pensant qu'il nous serait peut-être facile de combattre le gonflement du bras, de maintenir réduite la fracture de l'humérus, et entraînés, pour ainsi dire, par les autres considérations qui ont été déjà exposées, nous nous décidons à conserver le bras et à retrancher la portion de l'avant-bras désorganisée. Après avoir fait asseoir le malade et maintenir le bras par deux aides, nous procédons à l'amputation. La peau, les muscles divisés, les os sciés, nous faisons suspendre la compression de l'artère humérale, et une seule artère qui donne du sang est liée. Le bras est placé ensuite sur un drap de lit plié en plusieurs doubles, et maintenu par deux aides, le gonflement de cette partie ne nous permettant point d'appliquer un appareil à fracture, un gâteau de charpie est placé seulement sur la surface de la plaie.

Le malade est, après l'opération, dans l'état le plus satisfaisant, et se trouve, dit-il, très-soulagé; mais dans la nuit l'agitation, la fièvre surviennent, quelques mouvemens spasmodiques se manifestent et la soif devient intense; bientôt la peau se couvre d'une sueur abondante, l'agitation diminue et le malade ne tarde pas à se livrer au sommeil. Le 5 septembre, un suintement sanguin, qui s'était manifesté pendant la nuit, s'arrête; la soif est toujours vive, la transpiration cutanée se maintient : nous prescrivons cinquante sangsues pour être appliquées sur le bras, principalement sur la partie qui correspond à la fracture. Le 6, quelques mouvemens spasmodiques se ma-

nifestent encore par intervalles; nous faisons prendre au malade un demi-grain d'opium toutes les trois heures, et vers le soir la soif diminue, la transpiration cutanée augmente, et le malade goûte quelques instans de repos pendant la nuit. Enfin, le 8 septembre, quatrième jour de l'opération, l'agitation, la fièvre se dissipent, et Plancheur est dans l'état le plus satisfaisant : le bras, dont le volume a sensiblement diminué, est placé dans un appareil de *Scultet*, et maintenu par des liens sur un draps qui est lui-même fixé sur le lit. Le 12 septembre, huitième jour de l'opération, la ligature tombe, la plaie commence à se déterger, et le gonflement du bras est presque entièrement dissipé. Le 28 septembre, vingt-quatrième jour de l'amputation, la fracture est consolidée, et la plaie marche rapidement vers la cicatrisation, qui est entièrement achevée dès les premiers jours du mois d'octobre.

PROPOSITIONS

SUR

LES AMPUTATIONS.

I.

Si l'avant-bras est dans un état de désorganisation plus ou moins considérable à sa partie inférieure et le bras de la même extrémité fracturé, on doit retrancher seulement la portion antibrachiale désorganisée et conserver le bras.

II.

L'amputation est rarement réclamée pour des fractures du bras compliquées de plaie aux parties molles, ou de lésion même de l'artère principale.

III.

Lorsque l'on ampute au-dessous du renflement musculaire de l'avant-bras, on peut, pour faciliter le renversement des tégumens en dehors, pratiquer à la peau deux incisions, l'une circulairement,

l'autre, qui serait parallèle à l'axe du membre, viendrait couper la première à angle droit.

IV.

Cette modification apportée à la division de la peau, dans les amputations, peut être adoptée lorsque l'on pratique celles-ci sur des membres dont les tégumens sont engorgés et plus ou moins considérablement épaissis.

V.

Les blessures du genou produites par des balles qui traversent rapidement l'articulation n'exigent pas toujours l'amputation; on doit conserver le membre lorsque les plaies ont la forme d'un canal et qu'elles n'offrent point d'esquilles.

VI.

La luxation du pied avec dilacération des ligamens, issue partielle ou totale de l'astragale, ne nécessite pas toujours l'amputation.

VII.

Les plaies qui pénètrent dans les articulations orbiculaires ne réclament point l'amputation.

VIII.

La fracture du tiers moyen de la cuisse, compliquée de plaie et produite par armes à feu, n'est pas un cas qui nécessite toujours l'amputation.

IX.

On ne doit pas toujours attendre que la gangrène soit bornée pour pratiquer l'amputation.

Lorsque des gaz se développent des parties sphacélées, s'infiltrent dans le tissu cellulaire, engorgent le membre et le menacent de mortification, on doit avoir recours à l'amputation, quoique la ligne de démarcation entre les parties saines et celles qui sont gangrénées ne se soit encore établie.

X.

Après l'amputation de la jambe, la crête du tibia ulcéré perfore quelquefois la peau. Il serait facile de prévenir cet accident en divisant les parties molles un peu obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, et en disséquant une plus grande quantité de peau.

XI.

Si l'amputation est jugée nécessaire, indispensable, il faut la pratiquer sur-le-champ.

XII.

L'état de stupeur et d'insensibilité dans lequel se trouvent quelquefois les blessés à la suite d'une plaie d'arme à feu produite par des projectiles d'un gros volume n'est pas une contre-indication à l'amputation.

XIII.

On doit différer de pratiquer l'amputation lorsque, avec l'altération du membre qui nécessite cette opération, il y a plaie pénétrante dans une cavité avec présomption d'épanchement, ou qu'il y a commotion cérébrale, perte totale de connaissance, paralysie d'un côté du corps faisant soupçonner une lésion de l'encéphale.

XIV.

Lorsque plusieurs parties sont lésées de manière à nécessiter des

opérations graves, lorsque le sujet, affaibli par une hémorrhagie primitive, ne paraît pas avoir assez de force pour supporter de suite plusieurs opérations, on doit différer l'amputation.

XV.

Si des accidens primitifs se sont déclarés avant que l'on ait pu secourir le blessé, on doit attendre qu'ils se soient dissipés pour pratiquer l'amputation.

XVI.

La phlegmasie d'un viscère intérieur, surtout celle de l'estomac, est une contre-indication de l'amputation.

XVII.

L'amputation doit être pratiquée sur les malades atteints de débilité produite par les accidens qui compliquent la lésion d'un membre. On doit y avoir recours comme moyen curatif.

XVIII.

Lorsqu'un membre est emporté par un boulet ou par tout autre projectile lancé par la poudre à canon, si l'amputation n'est point pratiquée sur-le-champ, et s'il s'est écoulé un temps assez long depuis l'accident, on doit s'abstenir de l'amputation, et laisser agir la nature.

XIX.

A la suite d'une amputation, les symptômes que l'on observe sont assujétis à des périodes remarquables, qui se succèdent dans un ordre déterminé, quoiqu'ils soient singulièrement modifiés par plusieurs circonstances, telles que le caractère de la maladie, la constitution particulière du sujet, et le volume de la partie soustraite.

XX.

Ces symptômes peuvent être réduits à trois périodes. Dans la première se rangent tous les phénomènes que l'on observe immédiatement après l'amputation, et qui sont occasionés par la commotion plus ou moins grande que l'opération a fait éprouver au sujet, tels que sensibilité fortement exaltée, état de lassitude, de spasme, caractérisé par un pouls petit, serré, par un frisson plus ou moins marqué, et par un abattement des facultés morales. La deuxième période renferme tous les phénomènes de réaction de l'économie, le développement des symptômes de la fièvre traumatique. Enfin, la cessation de l'apyrexie, l'établissement de la suppuration, constituent la troisième époque, qui se continue jusqu'à la cicatrisation de la plaie.

XXI.

La torsion des artères doit être employée de préférence à la ligature, surtout par les chirurgiens militaires, pour arrêter les hémorrhagies qui se manifestent à la suite des plaies ou après les amputations, puisque ce moyen est très-prompt, facile, et qu'il n'exige point le concours d'un aide.

XXII.

La levée du premier appareil doit-elle être faite le lendemain même de l'opération, ou attendre, pour y procéder, que la suppuration du moignon se soit établie?

La dernière de ces méthodes n'a-t-elle pas quelque inconvénient? n'occasione-t-elle pas quelquefois des accidens graves?

XXIII.

La levée de l'appareil le lendemain de l'opération présente des avantages assez nombreux. M. *Lisfranc*, qui procède ainsi depuis

long-temps, en employant un pansement convenable, n'a jamais vu d'accident se manifester à la suite de la levée du premier appareil.

XXIV.

Les collections purulentes qu'on observe quelquefois dans les poumons, le foie, dans les cavités séreuses, plus rarement dans les reins des sujets morts à la suite d'une amputation, se forment-elles sous l'influence de l'inflammation? Ne paraissent-elles pas être plutôt le résultat du transport du pus de la surface de la plaie dans les organes parenchymateux par le système vasculaire?

XXV.

Le tartre stibié est le meilleur médicament à employer pour combattre cet accident.

XXVI.

Après une amputation, on ne doit pas réitérer souvent la saignée, pour ne point donner de l'activité à l'action absorbante des veines et pour prévenir l'absorption du pus.

XXVII.

Si des émissions sanguines étaient nécessaires, des sangsues placées en grand nombre autour du moignon auraient le double avantage de combattre la phlogose ou les accidens qui seraient survenus, et de prévenir l'absorption du pus.

XXVIII.

Des changemens remarquables s'opèrent dans le moignon après la formation de la cicatrice.

XXIX.

Après une amputation, il s'établit souvent une véritable pléthore, dont la formation se conçoit par le travail aussi prompt, aussi parfait du système digestif, qui n'a point participé à l'affection du membre, et par le nouveau mode de circulation du sang, qui se fait dans un cercle plus resserré.

XXX.

Le sang qui se portait au membre qui n'est plus, se trouvant en excès dans la circulation, fait quelquefois irruption vers le cerveau, les poumons, le foie. Si la nature ne peut se débarrasser elle-même par une hémorrhagie nasale, une expectoration sanguine, il faut recourir à la saignée.

FIN.